

Doença de Dupuytren: fasciotomia percutânea com agulha

Cláudio Roberto Martins Xavier¹, Roberto Della Torre dos Santos²,
Julio Cezar Ferreira Neto²

RESUMO

A doença de Dupuytren é um tema controverso, especialmente no que se refere ao seu tratamento. A fasciectomia parcial aberta é o procedimento de escolha na maioria dos casos, mas os procedimentos percutâneos vem sendo repopularizados nos últimos anos, seguindo o caminho das técnicas menos invasivas.

Neste artigo, reproduzimos a técnica da fasciotomia percutânea com agulha, que temos utilizado em casos selecionados.

Descritores: Contratura de Dupuytren / Cirurgia

SUMMARY

Dupuytren's disease is a controversial topic, especially about the treatment. Limited open fasciectomy is the choice in the most of cases, but percutaneous procedures have been repopularized in the last years, following the way of less invasive techniques. In this article, we reproduce the percutaneous needle fasciotomy, that we have used in selected cases.

Keywords: Dupuytren's contracture / Surgery

INTRODUÇÃO

A doença de Dupuytren é patologia frequente, que afeta o tecido fibroso aponeurótico das mãos, resultando secundariamente em contratura dos dedos^{1,2}.

É caracterizada por espessamento seguido de retração da fásia palmar, demonstrada histologicamente como alteração da quantidade e qualidade do colágeno, havendo predomínio dos tipos I e III, que são similares aos encontrados numa cicatriz imatura. Há também o aparecimento de mio-fibroblastos nas camadas mais profundas da fásia, que são células com características de contratilidade³.

1. Médico Responsável pelo Grupo de Cirurgia da Mão do HSPE-SP

2. Médico Assistente do Grupo de Cirurgia da Mão do HSPE-SP

Tem evolução progressiva, iniciando com pequenas depressões ou nodulações na palma da mão, que podem lenta ou rapidamente evoluir para a formação de cordões e contraturas articulares dos dedos (Figuras 1 e 2). É mais freqüente no sexo masculino numa taxa de 8:1, acometendo indivíduos principalmente entre os 40 e 70 anos de idade. Aparece muitas vezes associada a outras condições, como diabetes mellitus, epilepsia com uso de anti-convulsivantes, etilismo crônico, tabagismo e infecção por vírus HIV. Também parece haver influência de micro-traumas de repetição, além do conhecido fator racial, com sua maior incidência na população branca, especialmente nos povos nórdicos e mediterrâneos e sua raridade nos negros e orientais^{3,4}.



Figura 1: Nodulações palmares nas fases iniciais da doença



Figura 2: Evolução para cordão fibroso

Até o presente momento, o único tratamento eficaz é o cirúrgico. Tentativas de tratamento clínico, seja com fisioterapia, uso de órteses, medicamentos, infiltrações e outros vem se mostrando sistematicamente falhas. Portanto, a cirurgia ainda é o tratamento de escolha para a doença de Dupuytren^{1,3}.

Apesar disso, os resultados permanecem insatisfatórios e são objeto de controvérsia, principalmente devido à recorrência freqüente, extensão para outras áreas da mão e pelas altas taxas de complicações, que muitas vezes podem ser mais incapacitantes que a própria doença.

A abundância de técnicas propostas, desde a primeira fasciotomia relatada por Dupuytren ilustra bem este fato. Atualmente, a técnica mais utilizada é a fasciectomia parcial através de incisões em zigue-zague ou zetaplastias⁵.

Com relação aos princípios do tratamento cirúrgico da doença de Dupuytren, existem dois que se contrapõe, e podem influir na escolha da técnica cirúrgica a ser realizada. O primeiro deles, estabelece que a doença pode recorrer se todo o tecido anormal não for removido. Este princípio favorece os procedimentos mais extensos para a ressecção de toda a fáscia doente, como por exemplo as fasciectomias parciais abertas. O segundo desses princípios indica que as grandes agressões cirúrgicas devem ser evitadas, pois podem piorar a doença pela formação de hematoma, edema, quadros distróficos, fibrose e contraturas articulares mais graves⁴.

Este princípio vem ao encontro de uma tendência atual dos procedimentos minimamente invasivos, que na doença de Dupuytren abriu campo para muitos que acreditam ser desnecessária a ressecção ampla da fáscia doente, por terem encontrado em seus estudos índices semelhantes de recidiva tardia entre as técnicas de fasciectomia aberta e as técnicas percutâneas, sendo que as últimas são procedimentos mais simples, rápidos, baratos e com menos complicações^{2,3,5,6,7,8,9}.

Diante dessa tendência às indicações de procedimentos pouco invasivos, temos como objetivo neste artigo a apresentação da técnica de fasciotomia percutânea na doença de Dupuytren, já realizada há décadas no nosso Serviço, adaptada ao uso de agulha hipodérmica em substituição à lâmina de bisturi.

INDICAÇÕES / CONTRA INDICAÇÕES

Em que pese o aumento das indicações das fasciotomias percutâneas, repopularizadas recentemente por reumatologistas franceses, que vem ampliando suas indicações para pacientes mais jovens e, eventualmente como tratamento único e definitivo para a doença de Dupuytren⁸, temos sido ainda relativamente conservadores, apesar dos resultados animadores obtidos e a grande satisfação dos pacientes com o procedimento. Acreditamos que seu uso ampliado ainda dependa de comprovação através de estudos com metodologia adequada e clara evidência científica.

Indicamos a fasciotomia percutânea com agulha nas seguintes condições:

- Pacientes idosos e/ou portadores de patologia clínica que contra-indique anestesia ou procedimento cirúrgico extenso.
- Como primeiro tempo para aponeurectomia parcial em casos de grandes contraturas articulares, onde a pele pode ser um problema para o procedimento definitivo.
- Para melhorar condições de pele/ higiene nas grandes contraturas (Figura 3).



*Figura 3:
Maceração de
pele no interdígito*

Consideramos que a fasciotomia percutânea com agulha deva ser realizada apenas na região palmar, permitindo a liberação de contraturas da articulação metacarpo-falângica, numa região em que o procedimento às cegas não coloca em risco as estruturas nobres da região. Acredita-se que as liberações mais distais aumentem consideravelmente o risco às estruturas vasculares, nervosas e tendinosas^{6,7,8,9}.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O procedimento é realizado no ambulatório, com técnica rigorosa de anti-sepsia e assepsia cirúrgicas. Utilizamos bloqueio anestésico palmar da região a ser abordada, com lidocaína diluída a 1% sem vaso-constrictor, atingindo pele e tecido sub-cutâneo. Não utilizamos torniquete.

Várias perfurações são realizadas no trajeto do cordão fibroso, com uma agulha hipodérmica 40x12, utilizando seu bisel em movimentos longitudinais para enfraquecê-lo. O objetivo é

usar a agulha mais como punção do que como lâmina. A agulha pode ser movimentada para frente e para trás varias vezes (Figura 4). É importante não realizar movimentos laterais com a agulha para não colocar em risco as estruturas vasculares, nervosas e tendinosas. O dedo afetado é então submetido à cuidadosa e progressiva extensão passiva, o que provocará a ruptura da corda, já enfraquecida pelas perfurações realizadas com a agulha (Figura 5). Desta maneira conseguimos a extensão do dedo, com correção da contratura articular.

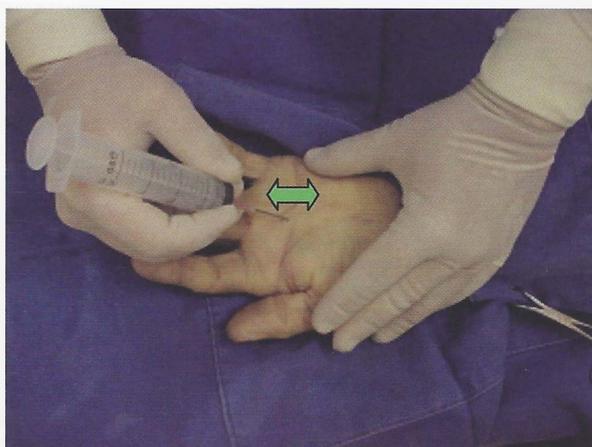


Figura 4: Introdução da agulha e movimentos longitudinais para enfraquecer a corda



Figura 5: Correção da deformidade, obtida após extensão passiva do dedo

Não utilizamos sutura; eventuais áreas cruentas que possam surgir na palma após a extensão do dedo são satisfatoriamente tratadas com curativos e cicatrização por segunda intenção (Figura 6). O curativo é feito com gaze e enfaixamento compressivo local e mantido por 48 horas.



Figura 6: Área cruenta palmar produzida após correção da contratura

PÓS-OPERATÓRIO

O paciente é estimulado já no pós-operatório imediato a realizar movimentos de flexão e extensão do dedo. Eventualmente nos casos de graves contraturas articulares pode ser necessário o uso de órtese para extensão dinâmica do dedo e intercurso do Serviço de Terapia Ocupacional.

RECOMENDAÇÕES

- Utilizar a técnica apenas para as contraturas das metacarpo-falângicas
- Evitar as perfurações muito distais da corda, em especial as distais à prega palmar distal ou no dedo, pelo maior risco de lesão das estruturas neuro-vasculares.
- Não realizar movimentos de lateralidade com a agulha, apenas longitudinais, e com o bisel também posicionado com seu corte no sentido longitudinal.
- Sempre que possível realizar as perfurações em vários níveis diferentes.
- Estimular a movimentação passiva ativa precoce no pós-operatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frank PL. An update on Dupuytren's contracture. *Hospital Medicine* 2002;62(11):678-81.
2. Rowley DI, Couch M, Chesney RB, Norris SH. Assesment of percutaneous fasciotomy in the management of Dupuytren's contracture. *J Hand Surg(B)* 1984; 9:163-64.
3. Wilson GR. Current surgical treatment of Dupuytren's disease. *Br J Pract* 1997;51(2):106-110.
4. Hunt III TR. Q: what is the appropriate treatment for Dupuytren contracture? *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2003(70);96-7
5. Moermans JP. Segmental aponeurectomy in Dupuytren's Disease. *J Hand Surg(B)* 1991;16:243-54.
6. Blenton R, Marcieau D, Alnot JY. Treatment of Dupuytren's disease by percutaneous needle fasciotomy. In: *Current practice in hand surgery*. Mosby London 1997. p:187-93.
7. Duthie RA, Chesney RB. Percutaneous fasciotomy for Dupuytren's contracture. *J Hand Surg (B)* 1997;22:4:521-22.
8. Foucher G, Medina J, Navarro R. Percutaneous needle aponeurectomy: complications and results. *J Hand Surg(B)* 2003;28:5:427-31.
9. Bryan AS, Ghorbal MS. The long-term results of closed palmar fasciotomy in the management of Dupuytren's contracture. *J Hand Surg(B)* 1998;13:254-56.